



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA DURANTE
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE, 2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

SAAVEDRA MONTERO, Karen Jelissa

ASESOR:

DR. CRUZ VILCHEZ, Jose Enrique

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

PIURA – PERÚ

2017

PAGINA DE JURADO

DR. ALVARADO CARBONEL, Marco

PRESIDENTE

DRA. ROSADO ROSAS, Flor de Maria

SECRETARIO

DR. CARMONA HUAYGUA, Enrique

VOCAL

DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mis hermanos, tíos, suegros, por sus palabras y compañía en cada momento de mi carrera.

A mi Novio por sus palabras y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la sabiduría que me ha brindado en toda mi carrera en pregrado

A mis padres, por su inigualable esfuerzo demostrado día tras día

A mi novio, por ayudarme a continuar cada una de mis metas trazadas

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Karen Jelissa Saavedra Montero con DNI N° 47697342, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de CIENCIAS MÉDICAS, Escuela de MEDICINA HUMANA, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

KAREN JELISSA SAAVDRA MONTERO

DNI: 47697342

Piura, 17 de Abril del 2017

PRESENTACIÓN

Señores miembros de Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada **FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA DURANTE SEPTIEMBRE-DICIEMBRE, 2015**. La misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de **MEDICO CIRUJANO**. Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El Autor

INDICE

Caratula.....	i
PÁGINAS PRELIMINARES	
Página del Jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Declaración de Autenticidad.....	vi
Presentación.....	vii
Índice.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCION.....	11
II. Problema de Investigación.....	23
2.1 Problema.....	23
2.2 Hipótesis.....	23
2.3 Objetivos.....	23
III. MARCO METODOLOGICO.....	24
3.1 Variables.....	24
3.2 Operacionalización de variables.....	25
3.3 Metodología.....	28

3.4	Tipo de estudio.....	28
3.5.	Diseño.....	28
3.6.	Población, muestra y muestreo.....	28
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
3.8	Métodos de análisis de datos.....	31
3.9	Aspectos éticos.....	32
IV.	RESULTADOS	33
V.	DISCUSION	37
VI.	CONCLUSIONES	43
VII.	RECOMENDACIONES	44
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
	Anexos.....	51

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados a Depresión Postparto en mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015. **Materiales y métodos:** Estudio tipo analítico transversal realizado en mujeres atendidas en el Hospital Santa Rosa a partir de la escala de depresión post parto de Edimburgo. Se identificaron factores asociados a la depresión post parto: edad, estado civil, nivel educativo, lugar de procedencia, tipo de parto, tiempo de puerperio, paridad, abortos previos, complicaciones durante el embarazo, comorbilidades materna, complicaciones perinatales, lactancia materna, problemas con el cuidado del neonato, apoyo de la pareja, apoyo de la familia, antecedentes familiares de depresión, depresión previa, depresión post-parto previa. Se reportaron valores p menores de 0,05. **Resultados:** De 125 madres, la mediana de edad fue de 23 años, el 34,4% de las puérperas atendidas presentaban depresión-postparto. Los factores asociados a depresión post-parto en mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015 fueron la edad (valor $p=0,041$), ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria (valor $p<0,001$), proceder de zona rural (valor $p<0,001$), haber presentado abortos previamente (valor $p<0,001$), no sentirse capaz de cuidar a su bebé (valor $p<0,001$), tener el diagnóstico previo de depresión (valor $p=0,017$) y depresión post-parto (valor $p=0,015$). **Conclusión:** La prevalencia de depresión post parto fue alta (34,4%) y esto se asoció a edad, ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria, proceder de zona rural, haber presentado abortos previamente, no sentirse capaz de cuidar a su bebé, tener el diagnóstico previo de depresión y depresión post-parto

Palabras clave: depresión postparto, Perú, puérperas, mujeres

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and factors associated with Postpartum Depression in women attended at Santa Rosa Hospital during September-December, 2015. **Materials and methods:** A cross-sectional analytical study performed in women treated at the Santa Rosa Hospital using the depression scale from Edinburgh. The age, marital status, education all level, place of birth, type of delivery, puerperium, parity, previous abortions, complications during pregnancy, maternal comorbidities, perinatal complications, breastfeeding, problems with care of the newborn, support of the couple, support of the family, family history of depression, previous depression, previous postpartum depression were the factors associated with postpartum depression. P values less than 0.05 were reported. **Results:** Out of 125 mothers, the median age was 23 years, and 34.4% of women attended postpartum depression. The factors associated with postpartum depression in women attended at Santa Rosa Hospital during September-December, 2015 were age (p value = 0.041), being single, illiterate and primary level of education (p value<0.001), proceeding from zone (p value<0.001), having previously presented abortions (p value<0.001), not being able to care for their baby (p value<0.001), having a previous diagnosis of depression (p value=0.017) and postpartum depression (p value=0.015). **Conclusion:** The prevalence of postpartum depression was high (34.4%) and this was associated with age, singleton, illiterate and primary education, rural areas, previous abortions, not feeling able to care for their baby, having the previous diagnosis of depression and postpartum depression.

Keywords: postpartum depression, Peru, puerperal women

I. INTRODUCCIÓN

La depresión post-parto se define como aquel trastorno de ánimo presentado después del parto cuando la paciente es puérpera, caracterizado por una serie de síntomas depresivos evaluados a través de la escala de Edimburgo^{1,2}.

Se han planteado la siguiente sintomatología depresiva como son la alteración para concentrarse, ideas suicidad, ideas ansiosas, según la escala de Edimburgo^{1,2}

1.1. Síntomas de depresión postparto^{1,2}

- Melancólico
- Sollozo
- Poco interés por disfrutar las actividades que realiza diariamente
- Alteración en la nutrición
- Agotamiento
- Angustia
- Sentimiento de incapacidad y soledad
- Auto-desvalorización ligados a su patrón como mamá
- Dificultad para buscar soporte
- Irritación
- Dificultades para concentrarse y problemas de memoria
- Problemas de vinculación con su hijo
- Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo
- Problemas con la alimentación (lactancia materna)
- Problemas para cuidar a su hijo
- Presentar ideas tipo obsesivas hacia su hijo
- Presentar ideas de daño hacia ella y su hijo,

Los trastornos depresivos que se encuentran dentro de los trastornos del estado de ánimo establecen los siguientes tipos de depresión según CIE 10 son:

- Episodio hipomaniaco
- Episodio mixto
- Episodio maniaco
- Episodio depresivo mayor

1.2. Los criterios diagnósticos de episodio depresivo^{1,2}

Presentar 5 o más de la siguiente sintomatología con un tiempo de enfermedad de 2 semanas; en el cual uno está relacionado a síntomas depresivos o dos síntomas de poco interés para disfrutar de las actividades que antes eran de su interés y le ocasionaban placer. Cabe resaltar que no se incluyen los síntomas ligados a ideas delirantes o alucinaciones.

1.2.1.1. Estado de ánimo depresivo durante casi toda la jornada diaria, el paciente lo manifiesta como un sentimiento de tristeza y/o vacío, tendencia al llanto.

1.2.1.2 Poco interés para disfrutar de las actividades que antes eran de su interés y le ocasionaban placer

1.2.1.3. Alteración ponderal del peso ya sea incremento de más del 5% en un mes o hiporexia durante el día

1.2.1.4. Insomnio

1.2.1.5. Agitación psicomotora casi diario

1.2.1.5. Agotamiento que se presenta casi diariamente

1.2.1.6. Ideas de culpa excesiva, el paciente se muestra inútil, con sentimientos delirantes

1.2.1.7. Pérdida de la capacidad de concentración, el paciente se muestra indeciso diariamente

1.2.1.8. Ideas relacionadas a muerte, ideas suicidas pero sin presentar un proceso planificado para realizar ello.

Se ha determinado que la depresión posterior al parto representa un problema relacionado a la salud pública según los últimos reportes científicos. La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad³, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. La depresión post-parto es más prevalente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas^{4,5}. Las mujeres que han presentado dichas experiencias incrementan el riesgo de presentar depresión post-parto en su siguiente parto⁶. Asimismo se ocasiona un cambio negativo en la relación entre el madre y el niño, y en el desarrollo afectivo-cognitivo de este último⁷.

La depresión post-parto es un trastorno mental específico para el que las intervenciones preventivas podrían producir beneficios dramáticos. La depresión es una de las complicaciones más comunes de la fértil; una revisión meta-analítica encontró que aproximadamente el 13% de las mujeres experimentan un episodio depresivo mayor durante el primer año después del parto. La depresión representa la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Más allá de la angustia y el deterioro que sufren las mujeres con depresión durante el puerperio, la investigación también indica que la depresión posparto tiene consecuencias negativas para los hijos de madres deprimidas.

La depresión posparto limita la capacidad de una mujer para funcionar eficazmente en el papel maternal: madres deprimidas proporcionan cuidados menos sensible, es más probable que interrumpir la lactancia materna temprana o tienen problemas de la lactancia materna, tienen menos probabilidades de

cumplir con las prácticas recomendadas de seguridad, tales como el uso de asientos de seguridad, y sus hijos tienen menores tasas de utilización de asistencia sanitaria preventiva y la vacunación⁸.

Los bebés de madres deprimidas muestran deficiencias en el compromiso social y la regulación emocional. Deficiencias en la unión madre-hijo, incluyendo trastornos severos del vínculo madre-bebé, que puede incluir el rechazo del bebé o comportamiento abusivo, son más comunes entre las mujeres que experimentan depresión postparto⁸.

No existe una clasificación de diagnóstico específico para el PPD. Sin embargo, los signos y síntomas de PPD son idénticos a la depresión mayor no puerperal, y episodios depresivos mayores se diagnostican mediante el empleo de los criterios habituales, pero con un embarazo o posparto inicio especificador. Anteriormente criterios adoptados para diagnosticar la PPD (trastorno depresivo mayor, con inicio posparto) requeridos aparición de episodios depresivos mayores en las 4 semanas después del parto. El especificador "inicio posparto" ha sido criticado debido a que un gran número de episodios PPD diagnosticados en realidad comienzan durante embarazo. Por lo tanto, los criterios de diagnóstico recientemente actualizados en la 5ta edición del Informe de Problemas Psiquiátricos (DSM-5) ahora clasificar a los episodios depresivos mayores "con inicio peri-parto" que abarca los casos con inicio de los síntomas durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto⁹.

.

Actualmente, los episodios depresivos que ocurren después del final de la cuarta semana post-parto no cumplirían el DSM-5 criterios diagnósticos de "inicio peri-parto.". El marco de tiempo 4 semanas después del parto para definir PPD, sin embargo, puede ser demasiado conservadora. De hecho, los marcos de tiempo más largos (hasta 12 meses después del parto) se han utilizado en estudios de investigación para definir PPD⁹.

Además, la aparición de episodios depresivos permanece alta durante varios meses después de la entrega en mujeres después del parto. Y, por último, en la práctica, las mujeres son generalmente disponibles para la depresión de cribado entre 4 y 12 semanas después del parto durante la rutina de seguimiento, y parece poco probable que el momento óptimo para la detección y evaluación PPD terminaría a las 4 semanas después del parto⁹.

La depresión postparto (DPP) es un desorden mental que con frecuencia pasa inadvertida, afectando a una de cada cinco mujeres en Latinoamérica, de las cuales del 20% al 40% pertenecen a países en desarrollo como el nuestro³. Según estudios, existen diversos factores asociados a la DPP tales como la depresión previa, disfuncionalidad familiar, multiparidad, estrés y ansiedad^{10,11,12,13,14,15,16,17}. Incluso también se han identificado el antecedente de aborto como un riesgo 1,6 veces mayor para presentar DPP¹⁸.

Aún hay otros factores reportados como la edad y el estado civil considerados como factores de riesgo, ya que incrementa cuatro veces más el riesgo de presentación de depresión post-parto¹⁹. Sin embargo, varía con otros estudios ya que éstos no reportan a la edad, tipo de parto, nivel socioeconómico, el estado civil, nivel educativo, situación laboral, y paridad como factores asociados a la DPP^{13,14,20,21,22,23}.

En esto contexto, no existen muchas investigaciones que nos ofrezcan un panorama claro respecto a los factores que aumentan el riesgo de la DPP. Si este trastorno no tiene un diagnóstico oportuno elevaría el número de casos provocando la imposibilidad de recuperación así como de problemas en el cuidado del bebé y problemas en el entorno social de la madre^{24,25}.

Una investigación titulada “Características de la depresión posparto (DPP) en Anand Distrito, Gujarat, India”, realizada en el año 2015 con el objetivo de conocer las cifras de presentación de casos de depresión post parto usando reportes demográficos básica relacionada con el embarazo y la escala de depresión posparto de Edimburgo, previamente traducido y validado en lengua gujarati. Encuentra que los factores asociados con la depresión postpartos son: edad de la madre, el nivel socioeconómico, tipo de familia, la violencia familiar, paridad y número de gestación, y el sexo del bebé. Se concluye que la DPP tiene mayor prevalencia en países occidentales²⁶.

Figuerola et al realizó en el año 2015 la investigación llamada “Detección de la depresión posparto en una red de atención de la salud privada en Chile”. El estudio transversal se realizó en 5.700 lactantes de 1-6 meses que asistieron a la red de atención de salud durante 2009 y 2011. El análisis de datos descriptivo de las variables se llevó a cabo utilizando un análisis univariado, así como también se realizó el respectivo análisis multivariado. Se reportó valores $p < 0,05$ como estadísticamente significativos. Resultando que el antecedente de depresión en la madre fue la única variable que se asoció significativamente con la aplicación del cuestionario de Edimburgo ($p < 0,001$)²⁷.

Un reporte similar realizado en Chile con el objetivo de analizar los factores asociados con la incidencia de síntomas depresivos (SD) en mujeres con bajo riesgo obstétrico. El estudio fue analítico de corte transversal en una muestra de 105 mujeres en su octava semana después del parto. Se encontró una prevalencia de 37% de depresión post-parto en las mujeres evaluadas. El antecedente de depresión post-parto se presentó en el 23,5% y fue el único factor predisponente a presentar DPP en las participantes del estudio¹².

Cosme et al en su estudio similar realizado con el propósito de evidenciar las cifras de presentación de síntomas depresivos posterior al parto y las características epidemiológicas asociadas en una población de mujeres. Se

encontró que el 32,6% presentaba síntomas depresivos y los factores relaciones a su presentación fueron bajo nivel de instrucción, procedencia rural, convivencia de 3 años o más, y no tener seguro social sanitario. En la analítica multivariada se encontró que aquellas mujeres con antecedente de depresión, DPP, síntomas ansiosos/ estrés durante la gestación, embarazo no deseado y la convivencia con la pareja presentaban mayor tendencia de presentación de DPP¹⁴.

En Lima en el año 2009 se realizó una investigación similar cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión post-parto. Se enrolaron 222 gestantes entre 16-42 años que acudían a consultorio externo del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se encontró que el 40,1% tuvieron depresión post-parto. Las mujeres con estado civil casado presentaron menor riesgo de depresión en contraste con aquellas que no llevaron un proceso de planificación de embarazo y presentaron complicaciones durante el mismo, ya que se mostró mayor tendencia a la depresión. La conclusión fue que las gestantes del estudio presentaron alta prevalencia de depresión post-parto, recomendando brindar la debida atención en quienes presentan embarazos no planificados o sufren complicaciones durante la gestación para así realizar diagnósticos tempranos y manejo oportuno de esta enfermedad²⁸.

Contreras *et al* en Lima reportó un estudio observacional transversal analítico con el objetivo de determinar asociaciones significativas entre los síntomas depresivos y los pacientes con depresión post-parto tomando en cuenta factores psicosociales. Se afirma que de 5933 gestantes, el 34,1% presentaba DPP. Asimismo, los factores asociados para presentar dicho trastorno fue el antecedente de aborto, no planificar el embarazo, apoyo emocional y apoyo afectivo. Concluyendo que existe una alta prevalencia de depresión post-parto así como factores psicosociales asociados al desarrollo de ella²⁹.

En nuestro país en el año 2008 se realizó un reporte similar en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima

Metropolitana, junio 2004” con el objetivo de determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados a ésta. Se procedió a seleccionar a mujeres en edad fértil y puérperas de Lima Metropolitana que acudían a sus respectivos controles postnatales durante el periodo mencionado en los centros de salud MINSA utilizando el cuestionario de Edimburgo. Es así que se logró entrevistar a 261 madres. La edad promedio fue de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edimburgo fue de 33% y con la entrevista semiestructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto. Se concluyó que la tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana fue de 24%. Asimismo existen factores de riesgo moderado para desarrollar DPP tales como son los factores ginecoobstétricos y el estatus socioeconómico³⁰.

El contexto en que se produce la depresión posparto ofrece oportunidades únicas para las intervenciones preventivas. Las mujeres con menos recursos financieros pueden tener un mayor acceso a la asistencia sanitaria durante el embarazo que durante otros momentos de la vida útil; por ejemplo, en los Estados Unidos, las mujeres son elegibles para Medicaid durante el embarazo y los primeros 60 días después del parto. De manera más general, el embarazo es un momento de aumento de la utilización de la salud, que ofrece oportunidades para la detección e intervención. La investigación ha identificado los grupos demográficos con alto riesgo de depresión posparto, como las mujeres de las minorías y las mujeres de bajo nivel socioeconómico, que pueden ser utilizados para dirigirse a las mujeres en mayor riesgo de la enfermedad. Por último, existe alguna evidencia de que las intervenciones preventivas pueden ser más aceptable que el tratamiento para la depresión, especialmente entre las mujeres afroamericanas⁸.

Una amplia gama de intervenciones para la prevención de la depresión postparto se han evaluado en ensayos controlados aleatorios. Muchas intervenciones preventivas han modificado tratamientos demostrado ser eficaz para la depresión posparto. Por ejemplo, la psicoterapia - particularmente la psicoterapia cognitivo-conductual e interpersonal - y medicamentos antidepresivos han confirmado ser útiles en el manejo terapéutico. Algunos estudios han evaluado si la implementación de estas intervenciones antes de la aparición de un episodio depresivo puede prevenir con eficacia la enfermedad. Apoyo social no terapéutico y las intervenciones educativas también han sido evaluados como intervenciones preventivas. Otras investigaciones han investigado si las modificaciones a la atención posparto estándar, puede reducir la incidencia de la depresión después del parto. Tratamientos biológicos alternativos, especialmente los suplementos dietéticos y las intervenciones hormonales, también han sido evaluados como intervenciones preventivas potenciales para la depresión posparto. Dada la amplia gama de enfoques que se han utilizado en la investigación de la prevención, es necesario un examen exhaustivo de la investigación en esta área para proporcionar a los médicos e investigadores con información importante sobre la eficacia absoluta y relativa de estas intervenciones⁸.

1.3. Etiología

Las causas del PPD son desconocidos; sin embargo, la fisiopatología de la PPD se piensa que es involucrar a las interacciones entre la susceptibilidad biológica y otros factores de riesgo (que se examinan a continuación). Los factores genéticos; disminución de los niveles de hormonas reproductivas (es decir, el estrógeno, la progesterona, testosterona); cambios en la tiroides, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, y el funcionamiento de esteroides neuroactivo; y anomalías en los neurotransmisores, el colesterol y la

actividad de ácidos grasos están siendo investigados, pero ningún factor causal único ha surgido³¹.

1.4. Factores de riesgo

Un gran número de factores de riesgo para el PPD han sido identificados. En general, pasado historia de depresión o ansiedad problemas de soporte (puerperal o no puerperal), ausente o inadecuada en el hogar, los acontecimientos vitales estresantes en curso, de bajos ingresos, y los problemas de relación emocionalmente abusiva o de otro tipo con el socio parecen tener moderada a fuertes efectos predictivos de PPD. Los pacientes con antecedentes de trastorno disfórico premenstrual o síntomas depresivos, mientras que toman anticonceptivos orales también pueden estar en mayor riesgo de PPD. Otros grupos de alto riesgo incluyen las madres adolescentes y madres de prematuros³².

1.5. Evaluación clínica

La depresión de cribado en la población general es recomendado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos, pero respecto al cribado de rutina de PPD no ha habido estudios ampliamente adaptados. La efectividad del cribado PPD ha demostrado la mejora en aspectos clínicos-terapéuticos. El impacto de los programas de cribado PPD en el resultado clínico puede depender de la disponibilidad de recursos adecuados de salud mental, los servicios no clínicos importantes (tales como transporte, cuidado de niños, manejo de casos, la lactancia, y apoyo a los padres), y la cobertura del seguro.

El cribado debe darse entre los 2 y 6 meses después del postparto. Varias herramientas eficaces de detección PPD están disponibles. La escala de depresión post-parto consta de 10 ítems de auto-reporte

cuestionario que tarda 5 minutos en completar. Una puntuación EPDS de ≥ 13 es un punto de corte aceptado para identificación de pacientes en riesgo de PPD.⁵ El PHQ-9 (con una puntuación de corte elevada de ≥ 10) es una alternativa a la EPDS que pueden ser más familiar para los médicos de atención primaria y también se puede utilizar para evaluar la gravedad de la depresión y vigilar los efectos del tratamiento de PPD. Especial atención debe prestarse a las respuestas afirmativas a la EPDS y PHQ-9 artículos que aborda la ideación suicida, independientemente de la puntuación total. Los padres están en riesgo de depresión si sus socios desarrollan PPD, y también pueden beneficiarse de la detección de la depresión. La Detección PPD no debe llevarse a cabo hasta que un programa de PPD evaluación, diagnóstico y seguimiento se vincula al programa de cribado^{32,33,34}.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a Depresión Postparto en mujeres atendidas en Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015?

2.2 HIPÓTESIS

Existen factores asociados a Depresión Postparto en mujeres atendidas en Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la prevalencia y los factores asociados a Depresión Postparto en mujeres atendidas en Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar la prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en centros de salud de Piura atendidas en Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015.

-Identificar los factores asociados a Depresión Postparto en mujeres atendidas en Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015.

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Variables

3.1.1. Variable dependiente:

Depresión post parto: es un trastorno del estado de ánimo que afecta a las mujeres posterior al parto, la cual se mide según la puntuación de la Escala de Edimburgo.

3.1.2. Variables independientes:

- Edad: años de vida desde el nacimiento
- Estado civil: situación civil de la mujer participante al momento de hacer la encuesta
- Nivel educativo: grado de instrucción
- Lugar de procedencia: área a la que pertenece
- Tipo de parto: forma como nacieron los bebés de la última gestación de las puérperas del presente
- Tiempo de puerperio: semanas después del parto
- Paridad: forma como nacieron los bebés de la última gestación de las puérperas del presente estudio.
- Abortos previos: número de abortos previos a este último embarazo.
- Complicaciones durante el embarazo: alteraciones presente en la madre durante la gestación
- Comorbilidades materna: enfermedades previas a la gestación

- Complicaciones perinatales: toda alteración médica que presenta el feto o neonato nacido de una madre desde las 28 semanas hasta el 7º día de vida.
- Lactancia materna exclusiva: Alimentación exclusiva de leche del seno materno.
- Problemas con el cuidado del neonato: Dificultad para ejercer su rol de madre ante los requerimientos de higiene y bienestar del neonato.
- Apoyo de la pareja: siente la mujer el apoyo de su pareja.
- Apoyo de la familia: siente la mujer el apoyo de su familia.
- Antecedentes familiares de depresión: Alguno de los familiares de primer grado ha sufrido depresión en cualquier etapa de su vida
- Depresión previa: diagnóstico de depresión previa, excepto depresión postparto
- Depresión post-parto previa: depresión Post-parto en anteriores embarazos

3.2. Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Categorías	Tipo de variables	Escala de medición
Depresión post-parto	Trastorno del estado de ánimo en las mujeres posterior al parto, la cual se mide según la puntuación de la Escala de Edimburgo	Sí = Mayor igual a 13 No= Menor de 13	Categórica Dicotómica	Escala Nominal

Edad	Años de vida desde el nacimiento	Años cumplidos	Numérica Discreta	Escala de razón
Estado Civil	Situación civil de la puérpera al momento de hacer la encuesta	1=Soltera 2=Casada 3=Conviviente 4=Divorciada 5=Viuda	Categórica Politómica	Escala Nominal
Nivel Educativo	Categoría de instrucción	1= Analfabeto 2= Primaria 3= Secundaria 4= Técnico 5=Superior	Categoría Politómica	Escala Nominal
Lugar de procedencia	Área a la que pertenece	0= Rural 1= Urbano	Categoría Dicotómica	Escala Nominal
Tipo de parto	Forma como nacieron los bebés de la última gestación de las puérperas del presente estudio.	0=Vaginal 1=Cesárea	Categórica Dicotómica	Escala Nominal
Tiempo de puerperio	Semanas después del parto	Días post parto	Numérica Discreta	Escala de razón
Paridad	Número de embarazos en la vida de la paciente entrevistada incluyendo el último episodio de parto.	0 = Primípara 1 = Multípara	Numérica Dicotómica	Escala nominal
Abortos previos	Número de abortos	Cantidad de abortos	Numérica Discreta	Escala de razón

	previos a este último embarazo.	previos		
Complicaciones durante el embarazo	Alteraciones presente en la madre durante la gestación	0=Hipertensión arterial 1= Diabetes Gestacional 2=Preeclampsia 3=Eclampsia 4=ITU 5=Otros(as)	Categórica Politómica	Escala Nominal
Co-morbilidades maternas	Enfermedades previas a la gestación	No=0 Sí=1	Categórica Dicotómica	Escala nominal
Complicaciones perinatales	Toda alteración médica que presenta el feto o neonato nacido de una madre desde las 28 semanas hasta el 7º día de vida.	No = 0 Sí =1	Categórica dicotómica	Escala nominal
Lactancia materna	Alimentación exclusiva de leche del seno materno.	No = 0 Sí =1	Categórica Dicotómica	Escala nominal
Problemas con el cuidado del neonato	Dificultad para ejercer su rol de madre ante los requerimientos de higiene y bienestar del neonato.	No = 0 Sí =1	Categórica Dicotómica	Escala Nominal
Apoyo de la pareja	Siente la puérpera el apoyo de su pareja.	No = 0 Sí =1	Categórica Dicotómica	Escala nominal
Apoyo de la familia	Siente la puérpera el apoyo de su familia.	No = 0 Sí =1	Categórica Dicotómica	Escala nominal

Antecedentes familiares de depresión	Alguno de los familiares de primer grado ha sufrido depresión en cualquier etapa de su vida	No = 0 Sí = 1	Categoría Dicotómica	Escala Nominal
Depresión previa	Diagnóstico de depresión previa, excepto depresión postparto	No = 0 Sí = 1	Categoría Dicotómica	Escala Nominal
Depresión post-parto previa	Depresión Post-parto en anteriores embarazos.	No = 0 Sí = 1	Categoría Dicotómica	Escala Nominal

3.3. Metodología

Analítica

3.4. Tipo de estudio

Transversal prospectiva

3.5. Diseño de investigación:

No experimental

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población: mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015.

3.6.2. Muestra: mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015.

3.6.3. Muestreo: no probabilístico

3.6.4. Criterios de inclusión:

- Puérperas que acuden a los controles postnatales en Hospital Santa Rosa
- Puérperas que acepten participar del estudio con previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Puérperas que no completen adecuadamente las preguntas del cuestionario
- Puérperas que no acepten participar del estudio.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A cada mujer, se le informó todo lo relacionado al estudio a realizarse, obteniendo así el consentimiento informado de forma verbal.

A las que acepten participar, se les tomaron sus datos dentro del Hospital Santa Rosa, según la ficha de recolección de datos (ANEXO N°02) junto con la aplicación la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo (duración máxima de 5 minutos)

Posteriormente se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010, donde se ingresaron todos los datos obtenidos de las puérperas participantes del estudio. Finalmente se procedió a realizar el análisis estadístico en el programa Stata v. 11,1.

3.7.1. Validación y confiabilidad del instrumento

Se realizó la validación previa del instrumento en la ciudad de Piura en 3 fases: la creación del constructo del cuestionario, revisión por tres expertos con más de 5 años de experiencia en el tema. Se usó la metodología Delphi (envío del cuestionario por correo electrónico a los expertos para las observaciones pertinentes y así lograr un consenso final). Para evaluar si era entendible o no, se aplicó también un Test de evaluación para gestantes, en donde se valoró que tan entendible era el instrumento.

Con cada uno de los cuestionarios se evaluó las preguntas tomando en cuenta en cada uno si era pertinente, en una escala de 0 - 4.

En pertinencia se consideró las siguientes preguntas:

0: Nada oportuna

1: De Acuerdo que es un poco inoportuna

2: Indiferente

3: Algo oportuna

4: Totalmente oportuna.

Posteriormente, se realizaron las modificaciones de las preguntas según las recomendaciones de los expertos hasta obtener un consenso final.

Finalmente, se realizó la validación estadística con una muestra piloto de gestantes elegidos por aleatoriamente pertenecientes al distrito de Piura a quienes se les entregó un cuestionario auto-aplicado.

Para el análisis estadístico se determinó la confiabilidad con el coeficiente Alfa de Cronbach, tomando como base que aquellos valores mayores de 0,7 definen una confiabilidad aceptable. Es así que el alfa de Cronbach resultó ser 0,84.

3.8. Métodos de análisis de datos

El análisis estadístico será realizado con el programa Stata v. 11,1 (StataCorp LP, CollegeStation, TX, USA).

3.8.1. Estadística descriptiva:

Para las variables cualitativas se usará distribución de frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos intervalos de confianza. En el caso de las variables numéricas se presentarán medias con desviación estándar o mediana con rango intercuartílico, según corresponda.

3.8.2. Estadística inferencial:

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y con un nivel de significancia estadística $p < 0,05$. Para el análisis bi y multivariado se utilizó la prueba de chi-cuadrado para las variables cualitativas y T de Student para variables cuantitativas y cualitativas. Dependiendo de la prevalencia encontrada se presentaron odds ratio o razón de prevalencia, por medio de un modelo de regresión logística binaria.

3.9. Aspectos éticos

El estudio fue revisado por el Equipo de Investigación y Ética de la Universidad César Vallejo-Piura.

IV. RESULTADOS

En la tabla 01 se muestran los resultados descriptivos de los factores implicados en la depresión post-parto en las 125 madres participantes del estudio, donde el 63,2% era conviviente, el 47,2% tenía nivel de instrucción secundaria, el 68% procedía de zonas rurales, el 69,6% tuvo un parto eutócico, el 12,8% tuvo antecedente de depresión familiar y el 10,4% tenía el diagnóstico previo de depresión post-parto.

Tabla 01. Factores predisponente a depresión post-parto en mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015

Variables	N	%
Edad	23(15-47)	
Estado civil		
Soltera	18	14,4
Casada	28	22,4
Conviviente	79	63,2
Nivel de instrucción		
Analfabeto	7	5,6
Primaria	39	31,2
Secundaria	59	47,2
Técnico	11	8,8
Superior	9	7,2
Procedencia		
Rural	85	68
Urbana	40	32
Tipo de parto		
Eutócico	87	69,6
Cesárea	38	30,4
N° de partos	2(1-7)	
N° de abortos	1(0-4)	
¿Padece alguna enfermedad?		
No	56	44,8
Si	69	55,2
¿Cuáles?		
HTA	7	10,1
Preeclampsia	15	21,7
Eclampsia	5	7,2
ITU	42	60,9
Enfermedad neonatal		
Si	30	24
No	95	76
LME		

Si	104	83,2
No	21	16,8
Capaz de cuidar a bebe		
Si	85	68
No	40	32
Apoyo familiar		
Si	101	80,8
No	19	15,2
Antecedente familiar de depresión		
Si	16	12,8
No	109	87,2
Dx previo de depresión		
Si	11	8,8
No	114	91,2
Dx previo de depresión post-parto		
Si	13	10,4
No	112	89,6

Fuente: Encuesta realizada en Servicio de Ginecología del Hospital de la Amistad II-2 Santa Rosa

Por otro lado en la tabla 02 se muestran los resultados descriptivos de las 43 madres que presentaron depresión post-parto, donde el 32,5% fue soltera, 39,5% estudió hasta nivel primaria, el 60,5% procedía zona rural, el 83,7% presentaba diagnóstico previo de depresión y apenas el 30,2% tenía el dx previo de depresión post-parto. Los demás resultados descriptivos se muestran en la tabla 02.

Variables	N	%
Edad	22(15-42)	
Estado civil		
Soltera	14	32,5
Casada	11	25,6
Conviviente	18	41,9
Nivel de instrucción		
Analfabeto	5	11,6
Primaria	17	39,5
Secundaria	10	23,3
Técnico	8	18,6
Superior	3	7

Procedencia		
Rural	26	60,5
Urbana	17	39,5
Tipo de parto		
Eutócico	19	44,2
Cesárea	24	55,8
N° de partos	2(1-7)	
N° de abortos	1(0-4)	
¿Padece alguna enfermedad?		
No	17	39,5
Si	26	60,5
¿Cuáles?		
HTA	5	11,6
Preeclampsia	9	20,9
Eclampsia	4	9,3
ITU	25	58,2
Enfermedad neonatal		
Si	18	41,9
No	25	58,1
LME		
Si	31	72,1
No	12	27,9
Capaz de cuidar a bebe		
Si	8	18,6
No	35	81,4
Apoyo familiar		
Si	14	32,6
No	29	67,4
Antecedente familiar de depresión		
Si	13	30,2
No	30	69,8
Dx previo de depresión		
Si	7	16,3
No	36	83,7
Dx previo de depresión post-parto		
Si	13	30,2
No	30	69,8

Fuente:

Encuesta realizada en Servicio de Ginecología del Hospital de la Amistad II-2 Santa Rosa.

Según la tabla 03, el 34,4% de las mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015 presentaba depresión postparto mientras que el 65,6% no la presentaba, a partir de los cuestionarios de la escala de Edimburgo.

Tabla 03. Prevalencia de depresión post-parto en mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015

Depresión post-parto	N	%
Si	43	34,4
No	82	65,6

Fuente: Encuesta realizada en Servicio de Ginecología del Hospital de la Amistad II-2 Santa Rosa

Los factores asociados a depresión post-parto en mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015 fueron la edad (valor $p=0,041$), ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria (valor $p<0,001$), proceder de zona rural (valor $p<0,001$), haber presentado abortos previamente (valor $p<0,001$), no sentirse capaz de cuidar a su bebé (valor $p<0,001$), tener el diagnóstico previo de depresión (valor $p=0,017$) y depresión post-parto (valor $p=0,015$). Tabla 04.

Tabla 04. Factores asociados a depresión post-parto en mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015

Variable	OR(IC95%)	Valor p
Edad (años)	1,13(0,87-1,65)	0,041
Estado civil		
Soltera	4,83(0,40-5,47)	0,015
Casada	1,79(0,50-3,25)	0,74
Conviviente	1,25(1,45-1,86)	0,62
Nivel de instrucción		
Analfabeto	12,35(8,32-24,22)	<0,001
Primaria	18,67(10,32-29,65)	<0,001

Secundaria	0,96(0,32-1,12)	0,46
Técnico	5,02(4,01-8,87)	0,731
Superior	1,84(0,65-5,21)	0,248
Procedencia		
Rural	3,20(0,57-2,56)	<0,001
Urbana	0,20(0,12-0,33)	0.628
Tipo de parto		
Eutócico	1,84(0,65-5,21)	0,248
Cesárea	3,84(1,65-5,21)	0,117
Abortos		
Si	2,63(0,28-1,42)	<0,001
No	0,60(1,62-4,19)	0,452
¿Padece alguna enfermedad?		
No	1,12(1,43-4,35)	0,110
Si	2,16(1,38-4,06)	0,217
Enfermedad neonatal		
Si	1,01(0,79-1,30)	0,686
No	1,30(0,89-1,93)	0,189
LME		
Si	0,20(0,14-0,33)	0.347
No	3,20(0,67-3,56)	0,791
Capaz de cuidar a bebe		
Si	2,91(2,32-3,22)	0,179
No	8,17(8,04-8,65)	<0,001
Apoyo familiar		
Si	0.99(0.46-2.13)	0.976
No	1.56(1.02-2.37)	0.036
Antecedente familiar de depresión		
Si	2.99(1.92-4.66)	<0.001
No	0.86(0.54-1.37)	0.526

Dx previo de depresión		
Si	1.97(1.13-3.44)	0.017
No	0.69(0.47-1.02)	0.062
Dx previo de depresión post-parto		
Si	1.07(1.01-1.12)	0.015
No	0.99(0.46-2.13)	0.976

OR (Odds Ratio), IC95% (Intervalo de confianza al 95%) y valor p obtenidos con modelos lineales generalizados.

Fuente: Encuesta realizada en Servicio de Ginecología del Hospital de la Amistad II-2 Santa Rosa.

V. DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión post-parto en las mujeres participantes de esta investigación fue del 34,4%, es decir 3 de cada 10 mujeres presentaron esta patología, de acuerdo a las preguntas estructuradas en el cuestionario de Edimburgo. Es así que a partir de los resultados de la presente investigación, podemos deducir que durante el puerperio intervienen factores bioquímicos, psicológicos que desencadenan trastornos psiquiátricos en la mujer, entre ellos la más frecuente y la que se ha estudiado en esta investigación: depresión postparto, el aún no ha sido abordado completamente en la región Piura debido a la falta de evidencia científica a través de publicaciones científicas y reportes estadísticos de diversos establecimientos de salud.

Estos resultados son similares a lo reportado en diversos estudios latinoamericanos donde la frecuencia de este desorden mental oscila entre el 20-40% de mujeres³. En Chile, se encontró una cifra similar (37%) a través del estudio a 105 mujeres con bajo riesgo obstétrico, donde se indagaron los factores de riesgo en dichas pacientes atendidas en establecimientos de salud públicos; lo importante de esta investigación fue que el nivel alto de escolaridad fue un factor protector frente a los síntomas depresivos así como los partos por vía vaginal, mientras que el número de partos, APGAR familiar y hacinamiento se correlacionaron con la puntuación de depresión postparto ¹².

En México a partir del estudio de 32 mujeres se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 32,6%, relacionando a la multiparidad, complicaciones en la gestación y el parto, cesárea como tipo de parto y lactancia materna incompleta, lo cual se asemeja parcialmente a los resultados de esta investigación realizada en el hospital Santa Rosa ¹³. Es así que si exploramos a detalle los factores predisponentes a la

presentación de depresión post-parto en las mujeres piuranas del Hospital Santa Rosa, encontramos que la multiparidad se asoció a puntuaciones más altas de la escala de Edimburgo en la muestra de las mujeres participantes de esta investigación. Diversos reportes científicos similares han mostrado resultados distintos cuando se trata de relacionar la paridad y la depresión postparto, uno de ellos menciona que las multíparas presentan mayor tendencia a este trastorno psiquiátrico mientras que otro reporte evidencia que las primíparas son las que están en riesgo de desarrollar síntomas depresivos¹³.

A pesar que se encontró que el 30,4% de las mujeres participantes de este estudio presentaron tipo de parto por cesárea, no resultó ser una variable estadísticamente significativa que implique un riesgo de desarrollar y/o expresar síntomas más depresivos que aquellas mujeres que presentaron parto por vía vaginal. Nuestros resultados están de acuerdo con un estudio prospectivo a partir de 2011 en una población con una alta frecuencia de cesáreas (77,7%). En ese estudio, la tasa de depresión posparto fue del 21,7% en las mujeres que tuvieron cesárea y del 10,7% en las mujeres que habían nacido por vía vaginal. De manera similar, un estudio de cohorte prospectivo canadiense de 2.560 mujeres encontró cesárea asociada con depresión posparto en pacientes canadienses pero no en mujeres nacidas fuera de Canadá. En una revisión de 24 estudios mostraron asociaciones adversas significativas entre la depresión posparto y las cesáreas.

Estudios peruanos como aquel reportado en Lima, estima resultados más elevados (40,1%) a partir del estudio de 222 gestantes realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, sin embargo en contraste con esta investigación, no se encontraron factores predisponentes a la presentación de síntomas depresivos correspondientes a las variables sociodemográficas y obstétricas que comúnmente se asocian significativamente a este tipo de estudios. Aquellas características que sí

resultaron estadísticamente significativas en las gestantes evaluadas fueron las características sociales tales como la relación de pareja, embarazo planificado, complicaciones durante el embarazo, alcoholismo y presencia de patologías durante la gestación²⁸.

Asimismo, otra investigación multicéntrica limeña demostró una prevalencia de 34,1%; lo cual es muy cercano a lo hallado en el Hospital Santa Rosa, Piura²⁹, puesto que se encontró que el antecedente de aborto, la no planificación de embarazo, el apoyo emocional y afectivo, presentar antecedente de violencia fueron los factores influyentes a la presentación de síntomas depresivos a través de la evaluación con la escala de Edimburgo, contrastando de forma positiva con esta investigación piurana puesto que este cuestionario ha demostrado ser de muy confiable y válido para ser utilizada e identificar cuadro clínico depresivo en gestantes. La diferencia establecida en entre el estudio limeño y el peruano es que algunas variables como el aspecto emocional y afectivo así como evaluar el antecedente de violencia no fueron establecidos dentro de los factores influyentes²⁹.

Otro reporte que concuerda con esta investigación es lo realizado por Aramburú, puesto que a partir de la entrevista a más de 200 madres utilizando también el Test de Edimburgo, resultó una prevalencia del 33%³⁰. La importancia de este reporte de investigación es que se plantea la teoría que la DPP ocasiona alteraciones emocionales y cognitivos en el hijo, viéndose perjudicada la relación entre la madre y el bebé. Según los estudios de Beck hay una creciente evidencia de que la depresión posparto tiene efectos devastadores no sólo en las madres sino también en sus familiares³⁰.

Por otro lado, los factores asociados a depresión post-parto en las mujeres participantes fueron la edad, ser soltera, grado de instrucción

analfabeta y primaria, proceder de zona rural, haber presentado abortos previamente, no sentirse capaz de cuidar a su bebé, tener el diagnóstico previo de depresión y depresión post-parto.

Estos hallazgos se ven apoyados a lo reportado en población india, donde la edad, el tipo de familia, la violencia familiar y el sexo del bebé resultaron ser aquellos factores predisponentes a presentar esta patología usando la escala de depresión post-parto de Edimburgo²⁶.

Por otro lado, Figueroa en Chile demuestra que aquellas madres con depresión fueron la única característica asociada, concordando parcialmente con esta investigación piurana²⁷.

Asimismo otra investigación realizada en Chile para conocer los factores que influyen en la presentación de síntomas depresivos afirma características muy distintas al resultar que el hacinamiento y la cantidad de hermanos influyen directamente, estos resultados distintos a este reporte se puede deber a que las gestantes chilenas evaluadas fueron de bajo riesgo obstétrico, las diferencias culturales entre ambos países suelen ser distintas a pesar de ser países vecinos y que estas variables no fueron exploradas en este reporte del Hospital Santa Rosa¹².

Si se contrasta lo reportado por Cosme et al en México, se afirma que usando variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales resultó que el bajo nivel de instrucción y proceder de zona rural se asoció a puntuaciones más altas de la escala de Edimburgo, concordando con los resultados de esta investigación piurana, ya que presentar el antecedente de depresión postnatal también predispuso a la presentación de esta patología¹⁴.

Mientras que los estudios peruanos, sobre todo lo publicado a partir de series multisede limeñas, resultan hallazgos comparables en las siguientes variables de antecedente de aborto, problemas familiares-personales-económicos, pero también se contrapone al demostrar que el nivel de educación, el antecedente de aborto y la falta de apoyo familiar no influyen en la frecuencia de depresión post-parto²⁸.

Contreras et al mencionó que el antecedente de aborto, presentar un embarazo no planificado, bajo apoyo emocional y afectivo ocasiona alto puntaje de la escala utilizada, concordando parcialmente con esta investigación al no haber explorado las demás variables.

Mientras que, un estudio limeño distinto que se realizó en establecimientos de salud de primer nivel de atención afirma que los factores ginecoobstétricos y el nivel socioeconómico influyen en la depresión post-parto, lo cual es parcialmente similar en lo hallado en esta investigación²⁹.

Finalmente, en este estudio el antecedente de depresión postparto se presentó en el 10,4% de las mujeres participantes, por lo cual significó un factor de riesgo influyente en la presentación de nuevos casos a través del instrumento de medición de la escala de Edimburgo. Esto es corroborado en otros estudios donde se estimó de un 50% a un 62% mayor riesgo de desarrollar un episodio depresivo durante el embarazo entre las mujeres con antecedentes personales de DPP. Las mujeres con una historia personal de un episodio depresivo mayor se dice que desarrollan un 30% más de riesgo de desarrollar PPD. En nuestro estudio, la asociación entre la historia personal de un episodio depresivo

y el desarrollo de PPD fue aún mayor - las mujeres tenían un riesgo 10% más alto lo cual es compatible con otros estudios.

VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión post-parto fue de 34,4% de las mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015.

2. Los factores asociados a depresión post-parto fueron la edad, ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria, proceder de zona rural, haber presentado abortos previamente, no sentirse capaz de cuidar a su bebé, tener el diagnóstico previo de depresión y depresión post-parto en mujeres atendidas en Hospital Santa Rosa durante Septiembre-Diciembre, 2015.

VII. RECOMENDACIONES

1. Establecer programas de salud mental en gestantes de los hospitales del ministerio de salud.
2. Realizar un óptimo seguimiento en esta patología de las mujeres no sólo del Hospital Santa Rosa, sino también de los demás establecimientos de salud, para conseguir un rol preventivo y humano que vele por la salud mental de las madres.
3. Coordinar con el servicio de Psicología del Hospital Santa Rosa, para programar la detección oportuna de depresión post parto a través de una ficha estandarizada que contenga no sólo la escala de Edimburgo sino también los posibles factores implicados, añadiendo las variables de los estudios similares tanto latinos como europeos.
4. Difundir los resultados de esta investigación a través del registro de la tesis en repositorios oficiales de divulgación científica regional, nacional e internacional que favorezca, estimule y promueva el desarrollo de futuras investigaciones similares ya que es un tema poco abordado.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boath E, Cox JL, Lewis MJ et al: Whenthecradlefalls: thetreatment of posnatal depression in a psychiatricday hospital comparedwithroutineprimarycare. J AffectDisord 1996; 169: 36-41.
2. Small R, Brown S, Lumley J, Astbury J Missingvoices: whatwomensay and do aboutdepressionafterchildbirth. J ReprodInfantPsychol 1994; 12: 19-22.
3. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud: Día mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [actualizado Martes 09 de Octubre de 2012 ; citado 2014 Julio 3]. Disponible en:http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:da-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresin-es-el-trastorno-mental-ms-frecuente-&Itemid=236
4. Stuart S, Couser G, Schilder K et al: Postpartumanxiety and depression: onset and co-morbidity in a communitysample. J NervMentDis 1998; 186: 420-4.

5. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin C, Hulsizer MR: Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 445-53.
6. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L et al: Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
7. Cooper P, Murray L, Hooper R, West A: The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychol Med* 1996; 26: 627-34.
8. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013 Dec;33(8):1205–17.
9. Bobo WV, Yawn BP. Concise Review for Physicians and other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clin Proc*. 2014 Jun;89(6):835–44.
10. Póo, A., Espejo, Claudio., Godoy, Claudia., Gualda de la C, Micaela., Hernández, Tamara., Pérez, Claudia . Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile, *Rev. méd. Chile*. 2008; 136(1): 44-52.
11. Quelpana A, Dimmitt J. Validación del cuestionario “Postpartum depression screening scale” versión en español en

mujeres de Arica, Chile. *Ciencia y Enfermería* XVI (1): 37-47, 2010.

12. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *RevMed Chile*.2012; 140(1): 719-725.

13. Mathisen S, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2013; 5: 787–793.

14. Cosme AE, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha SB, et al. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx* 2010; 146(1):1-9.

15. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas. *Rev Chile Obstet Ginecol* 2011; 76(2): 102-112.

16. Póo, A., Espejo, Claudio., Godoy, Claudia., Gualda de la C, Micaela., Hernández ,Tamara., Pérez, Claudia . Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile, *Rev. méd. Chile*.2008; 136(1): 44-52.

17. Navarrete L, Lara CM, Navarro, Gómez M, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad postnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. *Revista de Investigación Clínica*. 2012. 64(3): 625-633.
18. Almanza MJ, Salas CC, Olivares MA. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev San MilitMex* 2011; 65(3):78-86.
19. Quelopana A, Dimmitt J. Validación del cuestionario "Postpartum depression screening scale" versión en español en mujeres de Arica, Chile. *Ciencia y Enfermería* XVI (1): 37-47, 2010.
20. Moreno ZA, Ferreira BI, Amorim AA, Domingues CL, Casulari L. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(3): 130 – 135.
21. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac med*. 2009; 70(2): 115-8
22. Castillo-Torralba M. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto: Comentario de la BSR (última revisión: 24 de septiembre de 2007 Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

23. Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *RevObstetGinecolVenez* 2007;67(3):187-91.
24. Peña D, Calvo J. Aspectos clínicos de la depresión posparto. En: Mario Orlando Parra Pineda, Edith Ángel Müller, Editores. *Obstetricia integral Siglo XXI*. Colombia; 2009.p. 420-429.
25. Cooper P, Murray L, Halligan S. Tratamiento y depresión posparto. In: Tremblay RE, Barr RG, PetersRDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of ExcellenceforEarlyChildhoodDevelopment; 2011:1-6. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Cooper-Murray HalliganESPxp1.pdf>. Consultado [10 de agosto].
26. Patel HL, Ganjiwale JD, Nimbalkar AS, Vani SN, Vasa R, Nimbalkar SM. Characteristics of PostpartumDepression in AnandDistrict, Gujarat, India. *J TropPediatr*. 2015 Jul 15.
27. Figueroa-Leigh F, Rojas P, Castañón C. Screeningforpostpartumdepression in a privatehealthcarenetwork in Chile. *FamPract*. 2015 Aug;32(4):431–5.
28. Matos L, Lena M, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Depresión post-parto en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revpanam salud pública*. 2009 Oct;26(4):310–4.

29. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Revperuepidemiol* (Online) [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Aug 9];14(3). Available from:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Link&exprSearch=619952&indexSearch=ID>
30. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención primaria en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev. Peru. Epidemiol.* 2008. 12(3): 1-5.
31. Clare CA, Yeh J. Postpartumdepression in specialpopulations: a review. *ObstetGynecolSurv.* 2012; 67(5):313–323.
32. Zonana J, Gorman JM. Theneurobiology of postpartumdepression. *CNS Spectr.* 2005; 10(10): 792–799. 805.
33. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal DepressionScale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150(6):782–786.
34. Yawn BP, Pace W, Wollan PC, et al. Concordance of Edinburgh Postnatal DepressionScale (EPDS) and PatientHealthQuestionnaire (PHQ-9) to assessincreasedrisk of

depressionamongpostpartumwomen. J Am BoardFamMed. 2009;
22(5):483–491.

35. Yawn BP, Olson AL, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich AJ. PostpartumDepression: Screening, Diagnosis, and Management Programs 2000 through 2010. *Depress Res Treat*. 2012; 2012:363964. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413986>.

IX. ANEXOS

ANEXO 01:

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE SEPTIEMBRE-DICIEMBRE, 2015

Muchas gracias por tomarse el tiempo de resolver la encuesta. Aplicaremos una encuesta con la finalidad de realizar un trabajo de investigación, para lo cual pedimos su colaboración respondiendo con sinceridad nuestras preguntas. Le aseguramos la confidencialidad de los datos brindados dado que la encuesta es ANÓNIMA.

1. Edad: _____ años
2. Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente ()
Viuda ()
3. Último año de estudios cursado Analfabeto () Primaria ()
Secundaria () Técnico () Superior ()
4. Procedencia: Rural () Urbana ()

5. Tiempo del puerperio _____ semanas
6. Tipo de parto de la última gestación: Vaginal () Cesárea ()
7. ¿Cuántos partos ha tenido usted? _____
8. Número de abortos _____
9. ¿Padece de alguna enfermedad? Sí () No () Si su respuesta fue SI, diga cuál (es) enfermedades padece:

10. ¿Tuvo alguna enfermedad durante la gestación?
- | | | |
|-----------------------|--------|--------|
| Hipertensión arterial | Sí () | No () |
| Diabetes Gestacional | Sí () | No () |
| Preeclampsia | Sí () | No () |
| Eclampsia | Sí () | No () |
| ITU | Sí () | No () |
| Otros(as) | _____ | |
11. ¿Tuvo una enfermedad el bebé al nacer? Sí () No ()
12. ¿Su bebé se alimenta exclusivamente de leche materna?
- Sí () No ()
13. ¿Se siente incapaz de cuidar a su bebé? Sí () No ()
14. ¿Sientes tener apoyo de la pareja? Sí () No ()
15. ¿Sientes tener el apoyo de la familia? Sí () No ()

16. ¿Algún familiar tuvo el diagnóstico de depresión? Sí () No ()
Si su respuesta fue SI, diga quién(es) le apoya(n):

17. ¿Diagnóstico de depresión previo? Sí () No ()

18. ¿Le han diagnosticado depresión post parto, anteriormente? Sí () No ()

**ANEXO 02: CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL
EDIMBURGO (EPDS)**

Día de Nacimiento de Madre: _____

Día de Nacimiento del Hijo: _____

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos siete días, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 - a) Tanto como siempre
 - b) No tanto ahora
 - c) Mucho menos
 - d) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer
 - a) Tanto como siempre
 - b) Algo menos de lo que solía hacer
 - c) Definitivamente menos
 - d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. Me he sentido triste y desgraciada

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca